

Tilburg University

Weerstand tijdens psychotherapie

Verhulst, J.C.R.M.; van de Vijver, F.J.R.

Published in:
De Psycholoog

Publication date:
1990

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Verhulst, J. C. R. M., & van de Vijver, F. J. R. (1990). Weerstand tijdens psychotherapie. *De Psycholoog*, 25(4), 159-164.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Jan Verhulst
Fons van de Vijver

Weerstand tijdens therapie

Niet alle therapieën zijn succesvol, een gegeven dat elke praktiserende psycholoog bekend is. Omtrent de oorzaken van dit falen kan verschillend worden gedacht. Zo is het in de psychoanalyse niet ongebruikelijk om bij mislukkingen een belangrijke rol toe te kennen aan het verschijnsel 'weerstand' (Freud, 1917, 1926; Freud en Breuer, 1985). Het concept weerstand wordt tegenwoordig ook buiten de psychoanalyse veelvuldig gebruikt. Ellis (1985a en b, 1989) is bijvoorbeeld van mening dat het mislukken van de therapie voornamelijk te wijten is aan een te lage frustratie-tolerantie van de cliënt; elke verandering is moeilijk en volgens Ellis willen veel 'koppige' cliënten niet voldoende investeren in hun eigen veranderingsproces. Ellis spreekt in dit verband van *resistive patients*.

Gedragstherapeuten, die meestal terughoudend zijn in het gebruik van het mentalistische concept weerstand, schrijven mislukkingen meestal toe aan andere factoren. Foa en Emmelkamp (1983) stellen in hun boek *Failures in behavior therapy* in principe steeds de therapeut en zijn technieken verantwoordelijk voor het mislukken van een therapie. Als een cliënt een bepaalde instructie niet opvolgt, wordt bijvoorbeeld primair gedacht aan de slechte *timing* van deze instructie. Op verschillende plaatsen duikt echter ook in dit boek het concept 'weerstand' op. Deze trend is ook bij andere gedragstherapeuten merkbaar. Lazarus en Fay (1982) noemen zeven factoren die verantwoordelijk kunnen zijn voor het mislukken van een therapie. Als eerste noemen ze onder andere 'de slechte verstandhouding tussen therapeut en cliënt' en het feit 'dat de cliënt niet genoeg moeite over heeft voor het doen welslagen van de therapie'. Turkat en Meyer (1982), eveneens gedragstherapeuten, noemen het belonen van 'weerstandsgedrag' als mogelijke oorzaak van het mislukken van een therapie. Ook Burger (1985) vertoont veel weerstand tegen het begrip weerstand. Hij blijkt echter het concept te gebruiken wanneer hij schrijft dat: "een bepaalde instructie *weerstand* kan oproepen bij cliënten" (p. 55, cursivering van ons). Zelfs Orlemans, als gedragstherapeut bepaald geen voorstander van het gebruik van het weer-

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van empirisch onderzoek naar weerstand tijdens psychotherapie¹. Nagegaan wordt door welke gedragingen van de therapeut weerstandsgedrag bij de cliënt optreedt. Tevens wordt nagegaan of er verschillen bestaan in de betekenis die analytici en gedragstherapeuten toekennen aan het begrip 'weerstand'. Tot slot wordt het weerstandsbegrip beoordeeld op zijn bruikbaarheid en binnen een nieuw theoretisch kader geplaatst, resulterend in een nieuwe definiëring van het begrip.

standsconcept, schrijft op pagina 149 van het in 1988 verschenen boek *Psychotherapie in Nederland*: "Een probleem voor de klinische praktijk is de *weerstand* tegen uitdoving van geconditioneerde vreesreacties" (cursivering van ons).

De toenemende populariteit van het concept weerstand als 'verklaring' voor het mislukken van een therapie blijkt ook uit de grote hoeveelheid boeken die recentelijk aan dit onderwerp zijn gewijd (o.a. Ellis, 1985a, Stroom 1982, Wachtel 1982). In veel publikaties blijft echter onduidelijk welke betekenis het concept precies heeft en welke gedragingen men ermee wil aanduiden.

Het concept weerstand

Freud heeft veel aandacht geschonken aan het verschijnsel weerstand. Hij beschrijft het voor het eerst in de *Studien über Hysterie* (1895), samen met Joseph Breuer. Cliënten bieden volgens hen weerstand tegen het terugkeren van bepaalde gedachten in de herinnering. Weerstand wordt door Freud in deze tijd opgevat als een hindernis, als een blokkade die het goede verloop van de therapie in de weg staat. Deze weerstand dient dan ook zo snel mogelijk te worden opgeruimd. In latere jaren gaat Freud echter steeds meer het klinische belang inzien van dit verschijnsel. De weerstand van de cliënt geeft belangrijke aanwijzingen over het verloop van de therapie. De analyse van de weerstand is daarmee een van de hoekstenen van de psychoanalyse geworden (Freud, 1923).

In 1926 verschijnt Freuds *Hemmung, Symptom und Angst*. Daarin maakt hij een onderscheid tussen vijf verschillende vormen van weerstand, afkomstig uit drie verschillende bronnen, namelijk het *Ich* (3), het *Es* (1) en het *Überich* (1). Allereerst is er de *verdringsweerstand*; deze treedt op als pijnlijke en bedreigende inhoud uit het bewustzijn worden geweerd. Vervolgens is er de *overdrachtsweerstand* als vroegere relaties met *significant others* in de therapeutische sessie worden herbeleefd. De derde *Ich-weerstand* is de *ziektewinstweerstand*. De cliënt

verzet zich dan tegen herstel omdat hij daardoor de voordelen zou kwijtraken die hij aan zijn ziekte kan ontleen. De *Es-weerstand* is de minst duidelijk omschreven vorm. Deze zou te maken hebben met de diep ingesleten gedragspatronen, die verandering bemoeilijken. De *Es-weerstand* maakt *durcharbeiten* noodzakelijk. Bij de *Überich-weerstand*, ten slotte, verzet de cliënt zich tegen herstel, omdat dit schuldgevoelens veroorzaakt. De cliënt heeft als het ware straf verdiend en moet ziek blijven.

Freud (1926) geeft aan dat in principe elke gedraging een teken van weerstand kan zijn. Het is de taak van de analyticus om binnen een bepaalde context te bepalen of er sprake is van weerstand. Geen geringe opgave, waarvoor een grote dosis klinische ervaring vereist is.

In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat weerstandsgedrag van de cliënt is dat niet overeenkomt met de bedoelingen van de therapeut: de cliënt is stil, zegt niets, hij komt te laat, hij volgt instructies niet op, hij maakt zijn huiswerk niet, hij stapt uit de therapie, etcetera. In gedragtherapeutische termen spreekt men in dergelijke gevallen liever van 'non-coöperatief' gedrag (*non-compliance*).

Een van de grootste problemen bij het weerstandsbegrip is het gebrek aan duidelijkheid van het concept. Ook is er weinig systematisch onderzoek naar gedaan. Het is niet duidelijk of verschillende therapeuten hetzelfde gedrag als weerstand aanmerken. Evenmin is onderzoek gedaan naar de condities die het optreden van weerstand bepalen.

Empirisch onderzoek

In het weinige empirische onderzoek dat naar het verschijnsel weerstand is verricht, ontbreekt een eenduidige operationalisering. Zo construeerden Chamberlain et al. (1984) een beoordelingssysteem (de *Client Resistance Code*, CRC) om weerstandsgedrag te bestuderen. De CRC bestond uit zeven verschillende categorieën, welke tot stand waren gekomen op basis van groepsdiscussies en op basis van de klinische ervaring van de onderzoekers. Vijf categorieën hadden betrekking op weerstandsgedrag, twee categorieën op coöperatief gedrag. De weerstandscategorieën waren achtereenvolgens: 1) onderbreken van de therapeut, 2) een negatieve houding, 3) uitdagen van de therapeut en twijfelen aan diens capaciteiten, 4) afdwalen van het gespreksonderwerp en 5) niet reageren op opmerkingen. De coöperatieve categorieën waren 1) doen wat de therapeut zegt en 2) uitingen van aandacht en instemming. Door middel van videotapes werden de verbale uitingen van de cliënt gescoord als al dan niet verwijzend naar weerstand. De auteurs concluderen dat hun onderzoek *moderately encouraging* was met betrekking tot de mogelijkheid om weerstand van de cliënt op een betrouwbare wijze te meten. Weerstand werd gedefinieerd als niet-coöperatief gedrag. Zolang de cliënt deed wat de therapeut van hem verwachtte, was er geen sprake van weerstand³. Shapiro (1972) vroeg collega-therapeuten om een beschrijving te geven van hun *most resistive patient*. De meeste

therapeuten konden niet voldoen aan zijn verzoek omdat ze niet wisten wat Shapiro bedoelde met een *resistive patient*. Shapiro concludeert dan ook dat er kennelijk nogal wat verschillen van mening bestaan met betrekking tot de betekenis van het concept weerstand.

In de jaren 1984 tot 1987 is door de eerste auteur onderzoek gedaan naar de betekenis van het concept weerstand en naar de condities die het optreden van weerstand bepalen (Verhulst, 1987). Er is een uitgebreide vragenlijst voorgelegd aan 22 analytici en 22 gedragstherapeuten. De vragenlijst bestond uit twee delen. In het eerste gedeelte werd de dynamiek van het verschijnsel weerstand onderzocht. In het tweede gedeelte werden enkele algemene vragen omtrent het voorkomen van weerstand aan de respondenten voorgelegd. Een van deze vragen betrof de bruikbaarheid van weerstand als klinisch begrip. Alle analytici en 19 van de 22 gedragstherapeuten achten het concept bruikbaar en relevant voor de klinische praktijk. Op de vraag of weerstand een zaak was van de cliënt, van de therapeut, of van beiden antwoordden 86% van de analytici en 91% van de gedragstherapeuten: "Beiden". Twee respondenten van beide groepen waren van mening dat weerstand exclusief door de therapeut werd veroorzaakt. Ook hier trad een grote eensgezindheid op tussen beide theoretische oriëntaties.

Voor het onderzoek naar de dynamiek van het verschijnsel weerstand werd een speciale vragenlijst geconstrueerd die bestond uit 36 verschillende stimulussituaties. Elk van deze situaties bevatte de volgende onderdelen:

1) Algemene informatie over een (echte) casus, waarin enige gegevens betreffende de cliënt waren opgenomen (leeftijd, geslacht, klacht, etc.).

Voorbeeld: *De cliënt is een man van 34 jaar. Al jaren heeft hij last van een zeer intense doodsfobie. Hij is geïmprecupueerd door allerlei doodsgedachten, vooral de gedachten aan zijn eigen dood.*

2) Een beschrijving van een fragment van een sessie. Deze beschrijvingen zijn steeds in termen van zogenoemde *delta-goals* gesteld (zie Schank en Abelson, 1977), een classificatie-systeem voor de intentionaliteit van menselijk gedrag. Schank en Abelson onderscheiden zes delta goals: *social control* (ruzieachtige handelingen), *control* (onderhandelende activiteiten), *proximity* (toenaderende activiteiten), *know* (informatieverwervende activiteiten), *agency* (overredende, overtuigende acties) en *I-preparation* (voorbereidende acties). Vrijwel alle menselijke gedragingen kunnen in een van deze zes delta-goals worden ondergebracht. Met behulp van delta-goals kunnen zowel interventies van de therapeut als de reacties van de cliënt daarop systematisch worden beschreven. De beschrijving van de contexten in delta-goals maakt het bovendien mogelijk om het algemene karakter van de handelingen systematisch te variëren.

Voorbeeld: *De therapeut maakt tijdens de eerste sessie kennis met de cliënt. Hij geeft de cliënt informatie over het te verwachten verloop van de therapie en hij geeft uitleg over de te volgen procedure. Wanneer de cliënt een vraag stelt over de duur van de therapie, antwoordt de therapeut*

dat hij daarover niets kan zeggen. Hij maakt de cliënt duidelijk dat daarover nooit iets met zekerheid gezegd kan worden (dit fragment heeft een delta-know karakter.)

3) Een beschrijving van de interventie van de therapeut, vlak voordat het eventueel als weerstand aan te merken gedrag optrad. Ook deze werden steeds beschreven in termen van de zes delta-goals.

Voorbeeld: *De therapeut geeft de cliënt de opdracht thuis bij te houden wanneer hij een angstaanval krijgt (deze interventie heeft een delta-agency karakter.)*

4) Een lijst met 57 werkwoorden waarvan op basis van literatuurstudie² was gebleken dat zij het domein van weerstandsgedrag bestrijken. Deze 57 werkwoorden werden op basis van een pilot studie tot 6 clusters teruggebracht. Vier van deze 6 clusters vertoonden sterk gelijkenis met Schank en Abelsons taxonomie.

Tabel 1: Overzicht van de werkwoorden

1. aandacht verliezen	2. aanraken
3. aarzelen	4. afdwalen
5. afspreken	6. afwijzen (advies)
7. beschuldigen	8. bewonderen
9. bezwaar maken	10. compliment geven
11. dichterbij komen	12. discussiëren
13. doordrijven	14. dwingen
15. een voorstel doen	16. een grapje maken
17. gelijk geven	18. huilen
19. instemmen	20. klagen
21. kwaad worden	22. kritiseren
23. lachen	24. misleiden
25. nadenken	26. niet reageren
27. ontkennen	28. overal eens zijn
29. overhalen	30. overleggen
31. overtuigen	32. zomaar kletsen
33. overreden	34. pesten
35. protesteren	36. plagen
37. ruzie maken	38. schelden
39. schreeuwen	40. sigaret opsteken
41. smoezen verzinnen	42. stampvoeten
43. stotteren	44. tegenwerpen
45. trillen met het lichaam	46. uitdagen
47. verleiden	48. verwijten
49. versieren	50. vleien
51. vloeken	52. vragen stellen
53. vragen om uitleg	54. weglopen
55. weigeren	56. zeggen dat je 't niet begrijpt
57. zeuren	

In de vragenlijst waren alle combinaties van (6) fragmenten van sessies en (6) therapeut interventies aanwezig; in totaal waren dit 36 combinaties (stimulussituaties) die elk door de 57 werkwoorden werden gevolgd. De respondenten werd gevraagd aan te geven in hoeverre binnen de beschreven context elk van de 57 werkwoorden naar weerstand verwees. Het invullen van de volledige vragenlijst nam gemiddeld vier uur in beslag. Beide groepen respondenten (gedragstherapeuten en analytici) werden telefonisch om medewerking verzocht.

In het onderzoek is gevonden dat verscheidene factoren een systematische samenhang vertonen met het oordeel over het optreden van weerstand. Een eerste factor betreft de theoretische oriëntatie van de therapeut. An-

alytici zijn in het algemeen eerder geneigd gedrag van een cliënt als een uiting van weerstand te beschouwen dan gedragstherapeuten. Deze bevinding sluit goed aan bij de eerder gesignaleerde trend in de literatuur dat meer analytici dan gedragstherapeuten weerstand een bruikbaar begrip vinden. Gedragstherapeuten zullen vanuit hun theoretische oriëntatie wellicht enige remmingen onder vinden om van 'weerstand' te spreken.

Naast theoretische oriëntatie hebben we de invloed van enkele andere persoonskenmerken op de geobserveerde waarde van het begrip onderzocht. In een nadere analyse bleken echter noch leeftijd, noch ervaring noch geslacht enige relatie met het benoemen van gedrag als weerstand te vertonen.

De volgende en minstens zo belangrijke vraag rijst dan of men in beide groepen iets anders onder het begrip verstaat. Het is denkbaar dat de psychologische betekenis verschilt per groep. Een van de meest opvallende bevindingen van dit onderzoek is de volledige afwezigheid van enige aanwijzingen in deze richting. Als analytici en gedragstherapeuten over weerstand praten, staan hen daarbij identieke cliëntgedragingen voor ogen.

Een tweede factor met een duidelijke invloed op waargenomen weerstand is het gedrag van de therapeut. Sommige interventies van de therapeut leveren meer weerstand op dan andere. Bij 'informatieve gedragingen', zoals het stellen van vragen, wordt veel gedrag van de cliënt onder de noemer van weerstand gebracht. De minste weerstand wordt opgeroepen door 'positief' gedrag van de therapeut, zoals 'aardig doen'. Een opvallende bevinding in dit onderzoek was verder dat extreem negatieve gedragingen van de therapeut (ruzie maken, schelden, beschuldigen) evenmin weerstand bij de cliënt bleken op te roepen. Kennelijk speelt er in dergelijke gevallen iets anders.

Over het algemeen worden alle gedragingen van de cliënt die op de een of andere wijze niet overeenkomen met de bedoelingen van de therapeut, door beide groepen respondenten als een uiting van weerstand opgevat. We zijn daarmee aangekomen bij de volgende factor die van invloed is op weerstand: het gedrag van de cliënt. In de meeste gevallen gaat het daarbij om 'negatieve' gedragingen, een bevinding die goed aansluit op de literatuur. Vooral gedragingen als 'vechten', 'schelden', 'schreeuwen' en 'ruzie maken' worden gezien als een uiting van weerstand. Hetzelfde geldt voor 'ontwijkende gedragingen' zoals 'zwijgen' en 'geen antwoord geven'.

De vorige twee factoren, therapeut- en cliëntgedrag, hebben geen betrekking op specifieke situaties. 'Informatieve' gedragingen van de therapeut en 'zwijgen' van de cliënt geven steeds aanleiding tot het benoemen van cliëntgedrag als weerstand, ongeacht de specifieke context van de therapeutische sessie. Daarnaast blijkt weerstand voor een belangrijk deel te worden bepaald door wat in de variantie-analytische terminologie 'interactie-effecten' heten. Dit betreft allerlei verschillende interacties (voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar Verhulst, 1987). Bepaalde gedragingen worden door som-

mige therapeuten eerder als weerstand gekenmerkt dan andere; sommige situaties geven volgens sommige therapeuten meer aanleiding tot weerstand dan andere, etcetera. De invloed van de theoretische oriëntatie van de therapeut is bij deze interacties opvallend afwezig. Dit betekent dat de aanzienlijke individuele verschillen tussen therapeuten (met betrekking tot het antwoord op de vraag welk gedrag in welke situatie als weerstand wordt aangemerkt) niet op hun verschillen in theoretische oriëntatie terug te voeren zijn.

Implicaties en bruikbaarheid

'Weerstand' is een term uit de psychoanalyse. Een veel gehoorde kritiek op psychoanalytische concepten is dat deze vanwege hun poly-interpretabiliteit niet onderzoekbaar zouden zijn (Skinner, 1985). In deze studie werd aangetoond dat het zeer wel mogelijk is 'ambiguë' concepten van de klinische praktijk op hun betekenis te onderzoeken. De behoefte daaraan is ook groot (De Moor, 1987; Passchier en Verhage, 1989).

In de inleiding werd gesteld dat er binnen de psychoanalyse en gedragstherapie nogal verschillend tegen weerstand aangekeken wordt. Deze theoretische verschillen zijn in de empirie gedeeltelijk terug te vinden, doch meer in de sfeer van kwantitatieve dan kwalitatieve verschillen. Psychoanalytici blijken inderdaad het concept intensiever te hanteren; in deze zin zijn er globale verschillen tussen de twee groepen therapeuten. Bij een nauwkeuriger onderzoek blijken er echter alleen globale verschillen te bestaan. Er lijkt geen sprake te zijn van gedragingen die slechts door één groep als weerstand wordt aangemerkt. Tussen psychoanalytici en gedragstherapeuten is nauwelijks sprake van een verschillende evaluatie van gedrag in termen van weerstand. Kennelijk staan beide groepen psychotherapeuten dezelfde gedragingen voor ogen wanneer de term 'weerstand' wordt gebruikt. Het concept 'weerstand' lijkt daarom goed bruikbaar in de communicatie tussen beide oriëntaties.

Een dergelijke bevinding plaatst (wederom) vraagtekens bij nog steeds bestaande controverse tussen analytici en gedragstherapeuten omtrent hun 'wezenlijke verschillen' (Lazarus, 1985). Dergelijke verschillen bleken in ieder geval niet te bestaan ten aanzien van de interpretatie van het concept en het verschijnsel 'weerstand'. Het is dan ook niet verwonderlijk dat gedragstherapeuten het concept steeds meer gaan inpassen in hun theoretisch kader (zie bijvoorbeeld Diepstraten, 1986; Evers en Rijnders, 1986). Uiteraard blijft het mogelijk om de term 'weerstand' te omzeilen en te concluderen dat 'er cliënten zijn die het therapieprogramma niet willen uitvoeren' (Rachman, 1983), dat 'sommige cliënten niet beter worden in verband met hun lage frustratietolerantie' (Ellis, 1989), of dat sommige cliënten 'non-compliant' zijn. Het is echter de vraag of deze termen veel nieuwe inzichten bieden. Voor therapeuten in beide oriëntaties is er een herkenbaar cluster van cliëntgedragingen dat verwijst naar een stremming in de voortgang van de therapie. Het lijkt weinig zinvol om een zo

algemeen voorkomend en gemakkelijk herkenbaar fenomeen als slechts van marginaal belang af te doen. Veeleer zouden de bevindingen van dit onderzoek een hernieuwde stimulans kunnen betekenen om te komen tot een herwaardering van de mogelijkheden tot integratie tussen beide theoretische oriëntaties.

Gevaren

Uit deze studie blijkt dat weerstand bij de cliënt vooral wordt opgeroepen door allerlei 'informatieve' gedragingen van de therapeut. Elke therapeut zal vragen stellen aan zijn cliënt en in bepaalde gevallen zelfs blijven doorvragen als hij meent dat dit noodzakelijk is. Sandler, Dare en Holder (1973) wezen er al op dat het stellen van vragen door cliënten als zeer bedreigend kan worden ervaren. Diepstraten (1986) komt tot eenzelfde conclusie. Hij is echter van mening dat weerstand doorgaans weinig in de beginfase van een therapie zal voorkomen. Deze constatering lijkt niet juist te zijn, wanneer we bedenken dat het stellen van vragen vooral in de beginfase van een therapie zal plaatsvinden. Daarom zal er ook in de beginfase sprake kunnen zijn van 'verdringingsweerstand' (Freud, 1926): veel cliënten willen liever niet over de pijnlijke en bedreigende zaken praten, zaken die de therapeut juist aan het licht wil brengen.

Uit het onderzoek blijkt dat het verschijnsel weerstand zich met name afspeelt op een dimensie met aan de ene pool gedragingen als 'aardig doen' en 'meewerken' en aan de andere pool 'ruzie maken' en 'tegenwerken'. Allerlei coöperatieve gedragingen van de cliënt worden in de regel niet opgevat als verwijzend naar weerstand. De enige uitzondering op deze regel werd geleverd door de tiende stimulussituatie van de vragenlijst. In deze situatie wordt aardig gedrag van de cliënt juist als een teken van weerstand opgevat door beide groepen respondenten. Een verklaring ligt voor de hand wanneer we de betreffende situatie nader bekijken. In Situatie 10 krijgt de cliënt van de therapeut de wind van voren omdat hij vraagt naar de vermoedelijke duur van de therapie. Kennelijk waren de respondenten van mening dat deze (overigens waar gebeurde) interventie van de therapeut een 'terechte' kwaadheid bij de cliënt veroorzaakte. Het non-coöperatieve (ruzieachtige) gedrag zou daar dan een uiting van zijn. Mogelijk doet deze 'omkering' zich ook voor bij het gegeven dat ruzieachtige gedragingen van de therapeut geen weerstand bij de cliënt blijken op te roepen. Blijkbaar vinden de respondenten dergelijke gedragingen onzinnig, waardoor het verband met het optreden van weerstand vertekend raakt.

In de literatuur wordt er vaak op gewezen dat elke gedraging in principe in dienst kan staan van weerstand (Freud, 1926; Sandler, Dare en Holder, 1970). Uit het onderzoek bleek dat vooral 'negatieve' gedragingen worden opgevat als een uiting van weerstand. Het gevaar is daardoor denkbaar dat weerstand gelijk wordt geschakeld met 'onwil' van de kant van de cliënt. Het is deze visie die Ellis lijkt aan te hangen (Ellis, 1985, 1989). Veel juister lijkt het

echter te zijn om weerstand op te vatten als een teken dat de psychologische adaptatie (Hettinga, 1979) van de cliënt wordt bedreigd. Allerlei 'weerstandsgedragingen' hebben volgens deze gedachtengang ten doel het psychisch evenwicht te herstellen, dan wel in stand te houden. Anna Freud benadrukt dezelfde adaptatie-gedachte bij haar bespreking van afweermechanismen (Freud, 1984).

Weerstand: een definitie

Het doel van psychotherapie is het bewerkstelligen van veranderingen in de cliënt. Daarover zullen cliënt en therapeut het in de regel wel eens zijn. Over de manier waarop deze veranderingen moeten worden bereikt, kunnen echter meningsverschillen ontstaan. De psychologische adaptatie van de cliënt kan daardoor in gevaar komen. De cliënt wil immers de controle over zichzelf en zijn omgeving in stand houden (Hettinga, 1979); anders raakt hij in een toestand van stress. Hij zal zich tegen deze stress trachten te beschermen door middel van *coping*-mechanismen (Monat en Lazarus, 1977). Henry en Stephens (1977) onderscheiden twee soorten 'coping'-mechanismen, de *flight-flight*-modus en de *conservation-withdrawal*-modus. Folkman en Lazarus (1980) spreken van *emotion-focused* en *problem-focused coping*. Emotion-focused ('E')-coping heeft in de regel een intrapsychisch karakter, de afweermechanismen zijn er een voorbeeld van. 'Problem-focused' ('P')-coping heeft meer te maken met het onder controle brengen van de omgeving. Vingerhoets (1985) combineerde beide modellen tot één model: 'P-coping' correspondeert met de 'fight-flight' modus en E-coping met de 'conservation-withdrawal' modus.

We kunnen, uitgaande van dit model, het gedrag van de cliënt beschrijven in termen van de psychologische adaptatie: de cliënt begint zijn therapie met een bepaalde mate van psychologische adaptatie. Door allerlei informatieve gedragingen van de therapeut kan deze adaptatie in het gedrang komen, waardoor een stresserende situatie kan ontstaan. De cliënt zal zichzelf tegen deze stress trachten te beschermen door 'coping' mechanismen.

Uit de voorafgaande studie is gebleken dat allerlei 'ruzie-achtige' en 'ontwijkende' gedragingen worden gezien als uitingen van weerstand. Deze twee soorten gedragingen vertonen een sterke overeenkomst met de 'fight-flight'-modus van Henry en Stephens (1977). Beide gedragingen hebben tot doel de psychologische adaptatie te herstellen.

Uitgaande van de hiervoor gevolgde gedachtengang kunnen we de volgende definitie van het concept weerstand voorstellen:

Het concept weerstand verwijst naar een proces waarbij de cliënt zijn psychologische adaptatie in stand tracht te houden door middel van P-coping.

In vergelijking met oudere benaderingen biedt deze definitie twee voordelen. Op de eerste plaats wordt weerstand niet afgedaan als een vervelend bijverschijnsel van een therapie. Het verschijnsel krijgt in deze definitie de aandacht die het verdient: weerstand verschaft namelijk

informatie over de richting die een therapie dient te nemen. Daarnaast biedt deze definitie goede mogelijkheden tot verder onderzoek. Tot nu toe is weerstand steeds indirect onderzocht, namelijk via de therapeut. Het ligt voor de hand om in de toekomst weerstand directer te gaan onderzoeken; zo zou cliëntgedrag tijdens echte in plaats van gefingeerde therapeutische sessies kunnen worden geanalyseerd. Door weerstand te koppelen aan stress en adaptatie wordt tevens een rijk theoretisch kader verschaft waarbinnen al veel onderzoek is verricht (Hettinga, 1989; Vingerhoets, 1985).

Noten

1. Dit artikel is een bewerking van het promotie-onderzoek van de eerste auteur.
2. Een volledig overzicht van de literatuur is op aanvraag bij de eerste auteur verkrijgbaar.
3. Om de tekst beter leesbaar te houden worden de therapeut en patiënt enkel als mannelijk aangeduid.

Literatuur

- Burger, A.W., Praktijk en theorie van de imaginaire confrontatie. In: *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., en Forgatch, M., Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 1984, 144-155.
- De Moor, W., *Persoonlijke communicatie*, 1987.
- Diepstraten, Ph., Weerstand tegen gedragsverandering. In: *Handboek voor gedragstherapie*, Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- Ellis, A., *Overcoming resistance*. New York: Springer, 1985a.
- Ellis, A., *Persoonlijke communicatie*, 1985b.
- Ellis, A., *Persoonlijke communicatie*, 1989.
- Evers, R., en Rijnders, P., Gedragstherapie en het gebruik van weerstandreductiemethoden. *Gedragstherapie*, 4, 1986, 279-289.
- Foa, E., en Emmelkamp, P., *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley, 1983.
- Folkman, S., en Lazarus, R.S., An analysis of coping in an middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 1980, 219-239.
- Freud, A., *Het ik en de afweermechanismen*. Baarn: Ambo, 1984.
- Freud, S., en Breuer, J., *Studies on hysteria* (1985). London: The Pelican Freud Library, 1974.
- Freud, S., *Colleges inleiding tot de psychoanalyse* (1917): Meppel: Boom, 1989.
- Freud, S., *The ego and the id*. (1923). London: Standard Edition, vol. 19, Hogarth Press, 1961.
- Freud, S., *Inhibitions, symptoms and anxiety* (1926). London: The Pelican Freud Library, 1979.
- Henry, J.P., en Stephens, P.M., *Stress, health and the social environment*. New York: Springer, 1977.
- Hettinga, P.J., *Personality and adaptation*. Amsterdam: North Holland, 1979.
- Hettinga, P.J. (Ed.), *Personality and environment*. New York: Wiley, 1989.
- Lazarus, A., *Persoonlijke communicatie*, 1985.
- Lazarus, A., en Fay, A., *Resistance or rationalization?* In: P. Wachtel, *Resistance*. New York: Plenum, 1982.
- Monat, A., en Lazarus, R.S., *Stress and coping*. New York: Columbia University Press, 1988.
- Orlemans, J.W.G., Gedragstherapie. In: Cassee, A.P., et al., *Psychotherapie in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
- Passchier, J., en Verhage, F., Afweermechanismen in de psychofysio-

- logie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 44, 1989, 297-307.
- Rachman, S., Obstacles to the succesful treatment of obsessions. In: Foa, E., en Emmelkamp, P., *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley, 1983.
- Sandler, J., Dare, C., en Holder, A., *The patient and the analyst*. London: George Allen and Unwin, 1973.
- Sandler, J., Dare, C., en Holder, A., Basic psychoanalytic concepts: 5. Resistance. *British Journal of Psychiatry*, 117, 1970, 215-221.
- Schank, R.C., en Abelson, R.P., *Scripts, plans, goals and understanding*. Hillsdale: Erlbaum, 1977.
- Shapiro, R., Resistance revisited. *American Journal of Psychotherapy*, 26, 1972, 112-121.
- Skinner, B.F., *Persoonlijke communicatie*, 1985.
- Verhulst, J.C.R.M., *Weerstand tijdens psychotherapie*. Tilburg: Tilburg University Press, 1987.
- Vingerhoets, A., *Psychosocial stress: An experimental approach*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.

Dr. J.C.R.M. Verhulst is als zelfstandig gevestigd psycholoog te Eindhoven werkzaam (adres: Floralaan West 191, 5644 BK Eindhoven).

Drs. J.R. van de Vijver is werkzaam als universitair docent bij de vakgroepen Psychologie en Statistiek van de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg.

Summary

In this article about the concept of resistance three questions are addressed; first, the meaning and suitability of the concept are scrutinized. The second question involves the delineation of resistance inducing conditions. Finally, are there differences in the way psychoanalysts and behavior therapists deal with the concept? In an empirical study it is shown that resistance is a useful concept for clinical practice. Analysts and behavior therapists attach the same meaning to it. Both groups consider 'negative' (i.e., non-cooperative) client behaviors as expressions of resistance. It occurs most frequently during the beginning of a therapy. In particular 'informative' behaviors of the therapist such as asking questions give rise to resistance in the client.

Tweede werkgelegenheidsconferentie 16 november 1990

Op vrijdag 16 november vindt de tweede NIP-werkgelegenheidsconferentie plaats in Hotel Haarhuis te Arnhem (tegenover het station).

Het plenaire deel zal korter zijn dan tijdens de eerste conferentie, vorig jaar, zodat er meer ruimte komt voor parallelsessies. Van de vier sessies die het programma kent, zal elke deelnemer er nu dus drie kunnen bijwonen: één na de koffiepauze en twee in de

loop van de middag.

Naar aanleiding van de evaluatie van de eerste conferentie zullen de sessies nu vooral worden gewijd aan bestaande werkvelden, zodat studenten, pas afgestudeerden en oudere collega's – onder wie opleiders – zich daarop goed kunnen oriënteren. De inleiders zullen richtvragen krijgen, zodat hun presentatie van zoveel mogelijk nut zal zijn. De organisatoren doen bij deze

programma-onderdelen uiteraard een beroep op de betreffende NIP-secties. Eén sessie zal gaan over opleidingsaan gelegenheden, vooral over de tweede fase (in het bijzonder de wet-BIG).

Noteert u deze datum alvast in uw agenda. En wilt u zeker zijn van een plaats, reserveert u deze dan schriftelijk bij de NIP-vacaturebank.